

**I.R.E.S.**

**Istituto Ricerche Economico - Sociali**

**TORINO**

**CONSIDERAZIONI  
SUL PIANO PER LE COSTRUZIONI OSPEDALIERE  
PROPOSTO PER IL PIEMONTE**

**Torino 27-3-1968**



**I.R.E.S.**

**Istituto Ricerche Economico - Sociali**

**TORINO**

## **CONSIDERAZIONI SUL PIANO PER LE COSTRUZIONI OSPEDALIERE PROPOSTO PER IL PIEMONTE**

**Torino 27-3-1968**

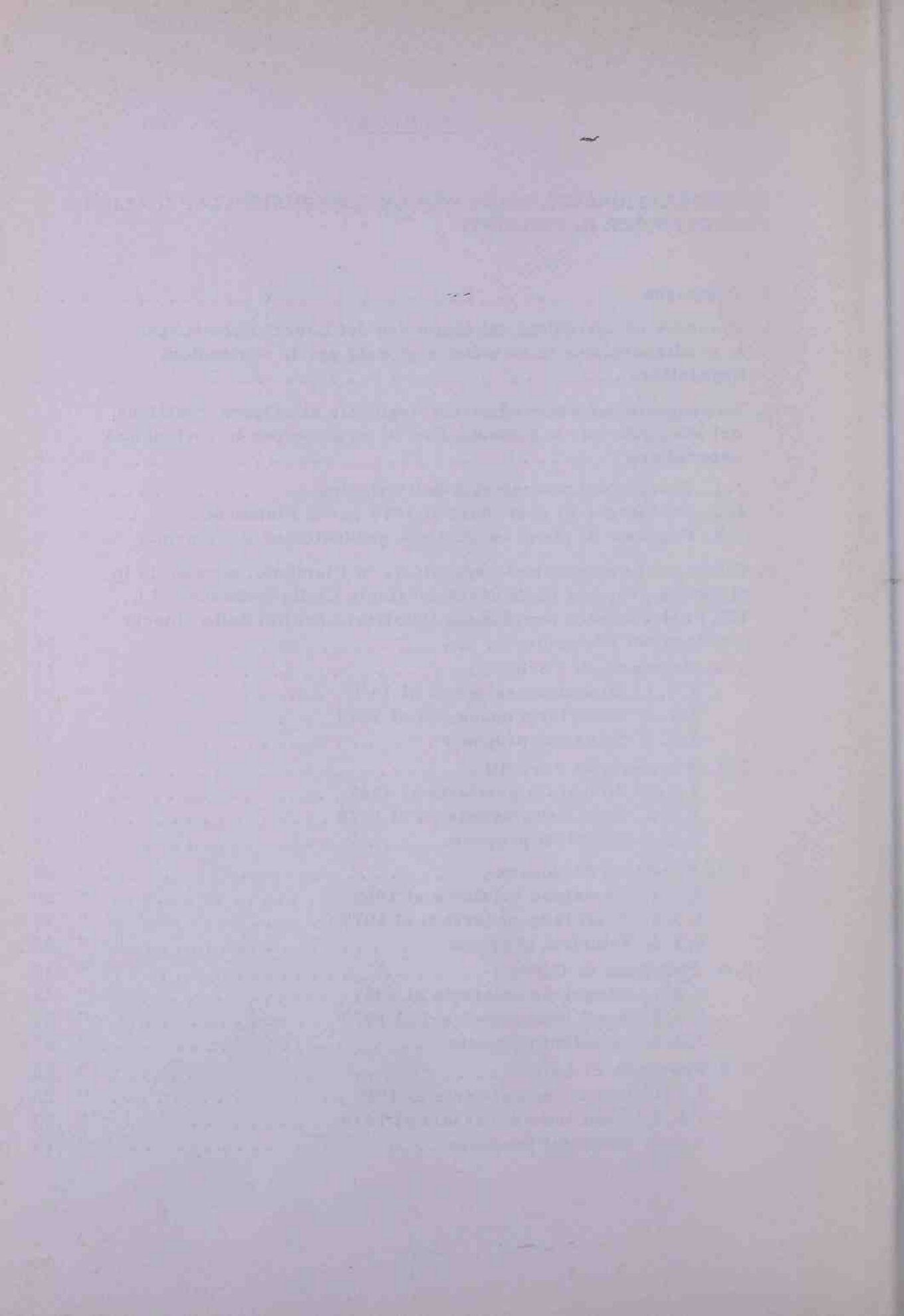
**Per incarico del Comitato Regionale per la Programmazione Economica del Piemonte**

CLIMATE AND  
THE JOURNAL OF THE  
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

## INDICE

### CONSIDERAZIONI SUL PIANO PER LE COSTRUZIONI OSPEDALIERE PROPOSTO PER IL PIEMONTE

0. Premessa .....	pag. 1
1. Direttive ed istruzioni del Ministero dei Lavori Pubblici per la predisposizione di un piano regionale per le costruzioni ospedaliere .....	" 2
2. Le proposte del Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche del Piemonte per la formulazione di un piano per le costruzioni ospedaliere .....	" 6
2.1. Contenuto e metodologia dell'indagine .....	" 6
2.2. Fabbisogno di posti letto al 1979 per il Piemonte .....	" 7
2.3. Proposte di piano ospedaliero graduato per il Piemonte ..	" 9
3. Piano per le costruzioni ospedaliere in Piemonte, secondo le in dicazioni proposte dagli uffici del Genio Civile (Ministero LL. PP.) e del medico provinciale (Ministero Sanità) delle singole province del Piemonte. ....	" 11
3.1. Provincia di Torino .....	" 11
3.1.1. Situazione esistente al 1965 .....	" 11
3.1.2. Posti letto necessari al 1979 .....	" 13
3.1.3. Soluzioni proposte .....	" 14
3.2. Provincia di Vercelli .....	" 17
3.2.1. Situazione esistente al 1965 .....	" 17
3.2.2. Posti letto necessari al 1979 .....	" 18
3.2.3. Soluzioni proposte .....	" 19
3.3. Provincia di Novara .....	" 20
3.3.1. Situazione esistente al 1965 .....	" 20
3.3.2. Posti letto necessari al 1979 .....	" 22
3.3.3. Soluzioni proposte .....	" 23
3.4. Provincia di Cuneo .....	" 25
3.4.1. Situazione esistente al 1965 .....	" 25
3.4.2. Posti letto necessari al 1979 .....	" 26
3.4.3. Soluzioni proposte .....	" 27
3.5. Provincia di Asti .....	" 28
3.5.1. Situazione esistente al 1965 .....	" 28
3.5.2. Posti letto necessari al 1979 .....	" 29
3.5.3. Soluzioni proposte .....	" 29



3.6. Provincia di Alessandria . . . . .	pag. 30
3.6.1. Situazione esistente al 1965 . . . . .	" 30
3.6.2. Posti letto necessari al 1979 . . . . .	" 31
3.6.3. Soluzioni proposte . . . . .	" 32
4. Sintesi del rapporto IRES sulle attrezzature ospedaliere in Piemonte . . . . .	" 34
4.1. I criteri guida dello studio . . . . .	" 34
4.2. Il metodo e gli standards di riferimento adottati . . . . .	" 35
4.3. Lo schema di assegnazione delle infrastrutture . . . . .	" 37
4.4. L'ammontare complessivo, la ripartizione tipologica del fabbisogno regionale, le infrastrutture da approntare . . . . .	" 38
5. Osservazioni conclusive sulle proposte per il piano per le costruzioni ospedaliere . . . . .	" 47

---

1. El primer punto de la agenda es el informe del Sr. [Nombre] sobre el trabajo realizado durante el último trimestre. Este informe será leído y discutido por el comité.

2. El segundo punto es la propuesta de modificación de los estatutos de la asociación. Se ha recibido una solicitud para cambiar algunos artículos, lo que requiere una votación.

3. El tercer punto es la elección de los miembros del comité para el próximo año. Se han recibido varias nominaciones y se procederá a la votación.

4. El cuarto punto es la discusión de la propuesta de colaboración con la universidad local para un proyecto de investigación.

5. El quinto punto es la aprobación del presupuesto para el próximo año. Se ha elaborado un borrador que será presentado al comité.

6. El sexto punto es la elección de un representante para la próxima reunión de la asociación.

7. El séptimo punto es la discusión de la propuesta de organización de una conferencia sobre el tema de la sostenibilidad.

8. El octavo punto es la aprobación de la agenda para la próxima reunión.

9. El noveno punto es la elección de un representante para la próxima reunión de la asociación.

10. El décimo punto es la discusión de la propuesta de organización de una conferencia sobre el tema de la sostenibilidad.



Considerazioni sul Piano per le costruzioni ospedaliere proposto  
per il Piemonte

0-Premessa

Il presente documento è predisposto, su richiesta del Comitato Regionale per la Programmazione Economica, come base per la formulazione di un parere in ordine "Piano per le costruzioni ospedaliere" elaborato dal Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche per il Piemonte.

Questo rapporto si svolge secondo i seguenti punti:

- a) sintesi delle direttive ed istruzioni del Ministero dei Lavori Pubblici (Circolare 1 agosto 1966 n.6250);
- b) esame delle proposte elaborate per il Piemonte (Relazione presentata dal Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche);
- c) sintesi degli studi svolti dall' IRES per il progetto di piano regionale (per la parte relativa alle attrezzature ospedaliere);
- d) osservazioni alla relazione di cui al punto b), sia con riferimento alle direttive ministeriali, sia alle indicazioni del progetto di piano di sviluppo regionale.

Nella parte relativa alle proposte elaborate dal Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche sono comprese alcune considerazioni (ed i dati relativi) tratte dalle relazioni degli uffici del genio civile e del medico provinciale delle diverse province, che costituiscono la documentazione cui si riferisce il rapporto presentato dal Provveditorato Regionale; è infatti parso opportuno tenere presente, oltre ai dati di sintesi, gli aspetti essenziali delle proposte provinciali, anche ai fini delle osservazioni che risulteranno necessarie.



1. Direttive ed istruzioni del Ministero dei Lavori Pubblici per la predisposizione di un piano regionale per le costruzioni ospedaliere

1.1. Le direttive che si traggono dalla circolare n. 6250 (1 agosto 1966) del Ministro Mancini e dalle due note illustrative allegate, sono principalmente le seguenti:

- a) Il piano per le costruzioni ospedaliere è un piano settoriale, che va coordinato con la programmazione globale, ed in particolar modo con i piani regionali di sviluppo e con i piani relativi all'organizzazione del territorio (ai diversi livelli: regionale, comprensoriale, comunale).
- b) Il piano ospedaliero deve formulare proposte per la strutturazione di una rete ospedaliera riferita ad un arco di tempo quindicennale (1965-1979).
- c) Il piano ospedaliero deve peraltro presentarsi come un piano "graduato", deve cioè contenere indicazioni prioritarie, articolandosi in diverse e successive fasi (annuali o poliennali).

1.2. Ulteriori istruzioni si ricavano dalle note illustrative che risultano particolarmente interessanti ai fini dell'esame della proposta di piano presentata.

La "Nota sulla programmazione ospedaliera" (allegato A) dopo avere ricordato l'esigenza di una attenta presentazione della situazione ospedaliera attuale, richiama i seguenti criteri di analisi nell'elaborazione dei piani per le costruzioni ospedaliere.

- a) Bisogna considerare che le deficienze maggiori sono di carattere qualitativo e distributivo; si tratta di valutare pertanto la obsolescenza e l'inadeguatezza delle strutture ospedaliere esistenti, oltrechè l'entità statistica del fenomeno.



- b) Tenere presente che il problema della ubicazione dei diversi tipi di unità ospedaliere, deve essere affrontato sulla base delle caratteristiche socio-economiche e geografiche proprie a ciascuna regione, oltrechè delle caratteristiche delle zone (salubrità) ai fini dell'ubicazione degli ospedali (specie dei convalescenti).
- c) Pure riferendo le valutazioni dei fabbisogni a determinati standards, o quozienti di ricettività, si deve tenere presente che gli standards sono rappresentazioni ottimali, influenzabili pertanto da fattori diversi. I quozienti teorici di ricettività, cui fare riferimento nei limiti ora indicati, sono i seguenti :

- posti letto per acuti	(specialità comprese)	4-5 per 1000 ab.
- " " lungodegenti	2	" " "
- " " convalescenti	2	" " "
- " " mentali	3	" " "
- " " tubercolotici	1	" " "

- d) La caratteristica strutturale della rete ospedaliera, deve inoltre considerare i seguenti dati :

<u>Ospedali</u>	<u>popolazione da servire</u>	<u>capacità ricettiva</u>
generali di zona	da 25.000 a 50.000	almeno 130 posti letto
generali provinciali	fino a 400.000	almeno 400 posti letto
generali regionali		almeno 800 posti letto
<u>specializzati di zona</u>		almeno 75 posti letto
" provinciali		almeno 125 posti letto
" regionali		almeno 300 posti letto
<u>geriatriche di zona</u>		almeno 50 posti letto
" provinciali		almeno 300 posti letto
" regionali		almeno 500 posti letto



lungodegenti di zona	almeno 50 posti letto
" provinciali	almeno 300 posti letto
" regionali	almeno 500 posti letto
convalescenti di zona	almeno 80 posti letto
" provinciali	almeno 400 posti letto
" regionali	almeno 800 posti letto

Per gli Ospedali Psichiatrici si fa riferimento alla prevista riforma ed alle nuove caratteristiche, sia sotto il profilo ricettivo (non più di 500 posti letto) che funzionale, ricordando il più ampio sviluppo che dovranno avere i servizi di igiene mentale.

- e) Circa i criteri di massima per la formulazione di un piano ospedaliero "graduato", dopo avere invitato ad un esame approfondito della situazione di fatto (cfr. precedente punto) la nota illustrativa afferma che il piano, una volta superata la "fase di saldatura", dovrebbe ispirarsi ai seguenti criteri per le scelte prioritarie:
- prendere in esame gli ospedali ubicati nei capoluoghi di provincia, che rappresentano il settore operativo di più proficuo impiego;
  - assicurare l'impianto di nuovi ospedali regionali o l'adeguato assetto di quelli esistenti;
  - sopperire il fabbisogno locale mediante una efficiente rete di ospedali di zona: attraverso il potenziamento di ospedali esistenti (in genere di 3<sup>a</sup> categoria); trasformando le attuali infermerie (o commutandole in convalescenziari od istituti per lungo-degenti); e costruendo nuovi ospedali.

A proposito degli ospedali di zona si sottolineano alcuni





criteri per evitare programmi disorganici, frazionamento delle iniziative e dispersione dei mezzi, e per tenere nel dovuto conto i problemi di ordine territoriale (distribuzione della popolazione, sua gravitazione, ecc.).

1.3. Il secondo allegato (all.B) espone i "criteri urbanistici per la programmazione ospedaliera", rilevando l'esigenza di consi  
derare il piano per le costruzioni ospedaliere come un piano organicamente connesso con la programmazione "globale".

a) In particolare la nota precisa che le circoscrizioni territoria  
li considerate nel piano ospedaliero (le aree di influenza di ogni complesso ospedaliero) dovranno coincidere con quelle considerate dalle pianificazioni di altri settori, al fine di realizzare il co  
ordinamento dei diversi interventi che interessano il territo  
rio considerato. In conseguenza, si afferma che "le indicazioni dei piani territoriali di coordinamento e quelle dei piani ospe  
dalieri, avranno influenza sui piani regolatori comunali ed intercomunali, per le ubicazioni ed il dimensionamento delle attrezzature sanitarie, anche in rapporto alle altre attrezza  
ture e alle previsioni della viabilità principale".

b) Nel formulare il piano si debbono inoltre considerare i rap  
porti tra la popolazione (attuale e futura) e gli standards re  
lativi alla rete ospedaliera, rilevando che la localizzazione deve tenere presenti le indicazioni urbanistiche, da valutar  
si globalmente, considerando l'idoneità degli insediamenti ospedalieri ai fini di una corretta distribuzione dei diversi fattori socio-economici nel territorio regionale.



2. Le proposte del Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche del Piemonte per la formulazione di un piano per le costruzioni ospedaliere

2.1. - Contenuto e metodologia dell'indagine

La relazione del Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche, di cui si presenta una sintesi, è costituita dai seguenti capitoli:

- 1) descrizione delle caratteristiche geografiche, demografiche ed economiche della regione piemontese (pag. 1-3);
- 2) indicazione delle attrezzature sanitarie esistenti (pag. 4-6);
- 3) valutazione del fabbisogno di posti letto (pag. 7-11);
- 4) proposte di piano ospedaliero graduato (pag. 11-13).

Circa le attrezzature sanitarie esistenti in regione, le indagini sono state condotte congiuntamente, in ciascuna provincia, dagli uffici del Genio Civile e dal Medico Provinciale, considerando i seguenti settori di degenza:

Malati acuti;

"     convalescenti;

"     lungodegenti;

"     mentali;

"     tubercolotici.

Le indagini dovevano accertare, per ogni comprensorio e per i settori di degenza indicati, la reale disponibilità di posti letto, raffrontandola alla durata media di degenza, alla media delle presenze giornaliere, alla media dei ricoverati annui, alle giornate di degenza annua, ed all'indice di spedalizzazione per 1000 abitanti.

Sono evidentemente emerse notevoli differenze tra medie nosografiche regionali e gli indici dei vari settori e dei comprensori



determinati in ciascuna provincia.

La tabella regionale riassuntiva è riportata di seguito.

Settori di degenza	posti letto dispon.	ogni 1000 abitanti	situazione
Acuti	23.516	5,94 ‰	buona
Convalescenti	1.017	0,26 ‰	insufficiente
Lungodegenti	1.385	0,35 ‰	insufficiente
Mentali	9.855	2,49 ‰	discreta
Tubercolotici	2.739	0,69 ‰	discreta

Una rappresentazione cartografica allegata alla "Relazione" (e redatta secondo la simbologia proposta dalla circolare ministeriale) rappresenta la situazione regionale al 1965.

## 2.2. Fabbisogno di posti letto al 1979 per il Piemonte.

Il fabbisogno dei posti letto è stato determinato per i comprensori e per i settori di degenza, in rapporto alla popolazione residente al 1965 per le province di Torino, Vercelli, Cuneo ed Alessandria; ed alla popolazione prevedibile alla fine del quindicennio per le province di Novara ed Asti. Differenze (che la relazione ritiene giustificabili) si hanno anche nel calcolo relativo al rapporto tra popolazione e posti letto, poichè per alcuni settori si sono assunti i quozienti reali di recettività e per altri i quozienti ottimali. La tabella seguente presenta le previsioni di posti letto al 1979, che risultano dalla Relazione, la quale nota che i quozienti di ricettività del settore acuti risentono delle situazioni di fatto comprensoriali, e il coefficiente regionale risulta pertanto superiore a quello normativo proposto dalla circolare ministeriale) mentre per i restanti settori si avrebbe un adeguamento dei coefficienti medi regionali al livello nor-



mativo.

La rete ospedaliera proposta dalle Relazioni provinciali riflette, secondo la Relazione, l'indirizzo proposto dal Ministero, in quanto la classificazione degli ospedali è la seguente :

Settori di degenza	Postiletto necessari	Ogni 1000 abit.
Acuti	27.185	6,74 ‰
Convalescenti	7.410	1,84 ‰
Lungodegenti	8.205	2,03 ‰
Mentali	12.147	3,01 ‰
Tubercolotici	3.359	0,83 ‰

La relazione, ponendo a confronto le due tabelle prima riportate (relative alla situazione al 1965 e alla situazione prevista al 1979) calcolare i posti letto di nuova istituzione in 17.899, così distribuiti per settori di degenza:

acuti	3676	pari al coefficiente	0,91 ‰
convalescenti	6593	"	1,63 ‰
lungo degenti	4718	"	1,17 ‰
mentali	2292	"	0,57 ‰
tubercolotici	620	"	0,55 ‰

Per i diversi comprensori, sulla delle relazioni provinciali , è possibile svolgere le osservazioni che sono di seguito riportate





La Relazione si esprime inoltre nel modo seguente:

"Dall'esame dei su riportati dati globali appare la necessità di indirizzare gli interventi graduati per l'adeguamento delle strutture sanitarie con priorità nel settore dei convalescenti e lungodegenti che appaiono attualmente forniti di scarsissima ricettività, seguiti dal settore acuti, che, sebbene in quasi tutte le province presenti un quoziente di ricettività superiore allo standard indicato nella circolare, riflette una situazione socio-economica particolarmente sviluppata.

I settori mentali e tubercolotici possono presentarsi per ultimi nella scala della priorità, dato che la situazione attuale media nella regione si presenta prossima ai livelli di buona assistenza sanitaria."

### 2.3. Proposte di piano ospedaliero graduato per il Piemonte

Le proposte di piano ospedaliero sono sintetizzate in un prospetto ed in una cartografia che evidenziano, secondo lo schema della circolare ministeriale, gli ospedali a seconda dell'indirizzo e della rilevanza territoriale; la Relazione ritiene che "l'ubicazione della prevista rete ospedaliera di nuova istituzione risponderà alle specifiche idoneità risultanti dai piani urbanistici cittadini, dalle caratteristiche geo-morfologiche di zona e dalla trama dei servizi di urbanizzazione primaria."

Le conclusioni della Relazione sono di seguito integralmente riportate.

"Le indicazioni fornite col presente piano regionale ospedaliero, pur con le limitazioni che obiettivamente sono state espresse



nella prima parte, hanno una sostanziale validità per adeguare l'attuale livello della rete sanitaria ai prevedibili sviluppi, contenuti entro limiti ragionevoli, della domanda pubblica.

In generale si parte da una situazione abbastanza efficiente anche se non è in ogni settore corrispondente alla relativa richiesta, e ciò risulta dagli standards di ricettività attuali che per alcune categorie di degenza risultano uguali o superiori a quelli ottimali di norma.

Le proposte avanzate rispecchiano una struttura ospedaliera la cui trama verrebbe costituita dai presidi sanitari di zona distribuiti secondo gli insediamenti residenziali di comprensorio territoriale, convergenti, a livello provinciale, in ospedali specializzati e generali. Nei settori convalescenti e lungodegenti prevalgono caratteristiche strutturali analoghe, mentre la localizzazione dei geriatri e neuropsichiatrici è stata determinata da considerazioni di idoneità zonale ed urbanistica oltre che da esigenze sanitarie.

La formulazione del piano urbanistico di coordinamento potrà migliorare qualitativamente le localizzazioni proposte fornendo elementi più completi e razionali alla formulazione delle scelte preferenziali tra le varie possibili."

La tabella sintetizza le proposte del piano.

Ospedali	Classificaz. ospedaliera	Torino	Vercelli	Novara	Cuneo	Asti	Alessandr.	Totale regionale
generali	regionali	-	-	-	-	-	-	-
	provinciali	3	2	1	1	1	-	8
	di zona	13	3	2	7	1	-	26
specializzati	regionali	1	-	-	-	-	-	1
	provinciali	-	1	-	-	-	-	1
	di zona	-	1	1	-	-	-	2
geriatrici	regionali	1	-	-	-	-	-	1
	provinciali	-	1	-	-	-	-	1
	di zona	4	1	-	-	-	-	5
lungodegenti	regionali	1	-	1	-	-	-	2
	provinciali	-	-	-	-	-	1	1
	di zona	5	9	8	18	3	5	48
convalescenti	regionali	1	-	-	-	-	-	1
	provinciali	2	-	1	-	-	1	4
	di zona	9	-	2	16	2	6	35
neuropsichiatrici		2	1	-	-	1	-	4



3. Piano per le costruzioni ospedaliere in Piemonte, secondo le indicazioni proposte dagli uffici del Genio Civile (Ministero LL.PP.) e del Medico Provinciale (Ministero Sanità) delle singole province del Piemonte

---

3.1. Provincia di TORINO

3.1.1. Situazione esistente al 1965

La provincia di Torino viene ripartita in 6 zone:

- zona torinese, formata dai 5 comprensori di Torino centro, Orbassano, Chieri, Rivoli, Moncalieri;
- zona canavesana formata dai 5 comprensori di Ivrea, Cuorgnè, Pont Canavese, Castellamonte, Rivarolo;
- zona della Valle di Susa, formata dai due comprensori di Susa e Avigliana
- zona della Valle di Lanzo, formata dai due comprensori di Lanzo e Ciriè;
- zona del Pinerolese, consistente nel comprensorio di Pinerolo;
- zona di Chivasso, consistente nel comprensorio di Chivasso.

La rete ospedaliera attuale della Provincia è costituita da 5 ospedali di 1<sup>a</sup> categoria e da 7 ospedali di 2<sup>a</sup> categoria, oltre a numerosi ospedali di 3<sup>a</sup> categoria, ad infermerie distribuite nei vari comuni della provincia, e da 34 case di cura private.

Al 1965 la disponibilità di posti letto era la seguente:

- zona torinese :-9.703 posti letto per acuti, così ripartiti nei vari comprensori :  
8.981 posti letto a Torino centro, di cui 1.030 in case di cura private, 46 posti letto a Orbassano, 80 a Chieri, 150 a Rivoli, 446 a Moncalieri. A questi vanno aggiunti 382 posti letto in infermerie localizzate nei comprensori di Torino, Rivoli e Moncalieri(1);

---

(1)-E' importante notare che le infermerie della Provincia, benchè citate, non vengono considerate nei calcoli dei coefficienti di ricettività delle singole zone, in quanto quasi tutte presentano notevoli deficienze dal punto di vista igienico sanitario e necessiterebbero di notevoli lavori di ammodernamento, da effettuarsi peraltro in vecchi stabili che non rispondono ai criteri della assistenza moderna. Esse inoltre non presentano i requisiti richiesti per essere classificate come ospedali per lunga degenza, secondo il disegno di legge sulle riforme degli Enti, per cui non potrebbero essere ulteriormente utilizzate per l'assistenza ospedaliera.



- 2733 posti letto per lungodegenti, di cui 63 in una clinica privata di Moncalieri, e il resto a Torino centro (ospedali geriatrici);
- 569 posti letto per convalescenti, di cui 169 in una clinica privata di Moncalieri e il resto a Torino centro;
- 3.546 posti letto per malati mentali, di cui 446 in cliniche private di Torino centro, Rivoli e Moncalieri, il resto nell'ospedale psichiatrico di Torino;
- 1.608 posti letto per tubercolotici di cui 308 in 2 cliniche private e 1300 nel Sanatorio S. Luigi, tutti nel comune di Torino.
- zona canavesana : 1.113 posti letto per acuti, così ripartiti per comprensorio:
  - 645 a Ivrea, di cui 95 in una casa di cura privata, 119 a Cuorgnè, di cui 14 in una casa di cura privata, 81 a Punt Canavese, 140 a Castellamonte, 128 a Rivarolo. A questi vanno aggiunti 230 posti letto nelle infermerie della zona site nei comprensori di Ivrea e Rivarolo;
  - 208 posti letto per tubercolotici, in una clinica privata sita nel comprensorio di Ivrea;
- zona della Valle di Susa: 248 posti letto per acuti, 120 nel comprensorio di Susa e 128 in quello di Avigliana;
- zona della Valle di Lanzo : - 367 posti letto per acuti, così ripartiti per comprensorio: 227 a Lanzo, di cui 187 in case di cura private, e 140 a Ciriè. In questo comprensorio ci sono inoltre 40 posti letto in infermerie;
  - 86 posti letto privati per lungodegenti a Ciriè;
  - 140 posti letto privati per malati mentali a Ciriè;
  - 140 posti letto privati per tubercolotici a Lanzo;
- zona del Finerolese: - 450 posti letto per acuti (a cui vanno aggiunti 287 posti letto in infermerie);
  - 300 posti letto per tubercolotici in 2 cliniche private.
- zona di Chivasso: - 190 posti letto per acuti (a cui vanno aggiunti 60 posti letto in infermerie),







### 3.1.2. Posti letto necessari al 1979

Per pervenire ad una stima del fabbisogno , al 1979, dei posti letto per categoria di degenza, vengono applicati i coefficienti di ricettività indicati dal "piano per le costruzioni ospedaliere" del Ministero LL.PP., alla popolazione dei singoli comprensori. Occorre rilevare peraltro che viene presa come base la popolazione al 1961, che risulta inferiore a quella attuale, e pertanto notevolmente sottostimata rispetto al livello di popolazione che si prevede sarà raggiunto nel 1979.

#### Posti letto necessari al 1979

Zone	Acuti	Lungodegen.	Convalesc.	Mentali	TBC	Totale
<u>Zona Torinese</u>						
Torino centro	5.573	2.229	2.229	3.344	1.115	14.490
Orbassano	43	17	17	26	9	112
Chieri	131	52	52	79	26	340
Rivoli	476	190	190	286	95	1.237
Moncalieri	498	199	199	299	100	1.295
Totale	6.721	2.687	2.687	4.034	1.345	17.474
<u>Zona Canavesana</u>						
Ivrea	470	188	188	282	94	1.222
Cuorgnè	95	38	38	57	19	247
Pont Canavese	72	29	29	43	14	187
Castellamonte	63	25	25	37	13	163
Rivarolo	211	85	85	127	42	550
Totale	911	365	365	546	182	2.369
<u>Zona Valle di Susa</u>						
Susa	169	68	68	102	34	441
Avigliana	129	52	52	77	26	336
Totale	298	120	120	179	60	777
<u>Zona Valle di Lanzo</u>						
Lanzo	148	59	59	89	30	385
Ciriè	202	81	81	121	40	525
Totale	350	140	140	210	70	910
<u>Zona Pinerolese</u>						
Pinerolo	593	237	237	356	118	1.541
<u>Zona Chivasso</u>						
Chivasso	242	97	97	145	48	629
TOTALE	9.115	3.646	3.646	5.470	1.823	23.700



### 3.1. 3. Soluzioni proposte

Nella zona Torinese il quoziente di ricettività attuale riferito agli acuti è superiore al limite indicato dalla circolare ministeriale. Occorre però rilevare che, specie nella stagione invernale, molti reparti dei vari ospedali cittadini si trasformano in sezioni per lungodegenti, il che viene a diminuire l'effettiva disponibilità per acuti. Si propone pertanto di potenziare l'ospedale civile di Moncalieri quale ospedale provinciale, tenuto conto dell'ubicazione e del continuo incremento di popolazione di tale comune, e di potenziare anche gli ospedali di Rivoli, Chieri, Venaria, Carignano e Carmagnola, quali ospedali di zona.

Al fine poi di facilitare lo sfollamento degli ospedali cittadini si propone la realizzazione di un ospedale regionale geriatrico e di un ospedale regionale per lungodegenti: quest'ultima opera dovrebbe essere inoltre affiancata ad ospedali di zona da realizzarsi in prossimità dei grossi complessi ospedalieri del capoluogo.

Del tutto insufficiente appare la situazione dei convalescenti, che presentano un coefficiente di ricettività di 0,29 ‰ (1). I posti letto necessari potrebbero essere realizzati mediante la costruzione di un ospedale regionale della capacità di almeno 1000 posti letto, di due ospedali provinciali con almeno 500 posti letto ciascuno, e due ospedali di zona per complessivi 400 posti letto.

Anche per i mentali siamo lontani dal quoziente di ricettività previsto dal Ministero, anche tenendo conto delle cliniche private. Gli ospedali psichiatrici di Torino, in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, hanno in corso di realizzazione progetti per complessivi 1312 posti letto. Il rimanente fabbisogno potrebbe essere coperto con la costruzione di ulteriori 2 unità ospedaliere

---

(1) - I coefficienti di ricettività attuali presentati nella relazione non tengono conto dei posti letto in case di cura private, e neppure, come abbiamo visto prima, dei posti letto nelle infermerie.

Il primo punto è che la...

Il secondo punto è che la...

Il terzo punto è che la...

Il quarto punto è che la...

Il quinto punto è che la...

Il sesto punto è che la...

della capacità di 500 posti letto caduna.

La capacità ricettiva dei sanatori è molto vicina al quoziente indicato, e praticamente coincide, con l'inclusione dei posti letto in sanatori privati. Si propone tuttavia il potenziamento del nuovo ospedale S. Luigi Gonzaga di Torino, il quale assume già la figura di ospedale specializzato regionale.

La zona Canavesana, in quanto include il comprensorio di Ivrea, è soggetta per quanto riguarda gli acuti all'afflusso proveniente dalla Valle d'Aosta, al cui sbocco è ubicata. Si è pertanto ritenuto opportuno aumentare il quoziente di ricettività per acuti a 8,27‰. Il fabbisogno di posti letto per acuti, che potrebbe di per sé pareggiare i posti letto esistenti (se si includono quelli privati) si porta pertanto da 911 a 1.485, e potrebbe essere coperto da un ospedale generale provinciale ad Ivrea come potenziamento dell'attuale, dal potenziamento degli ospedali di zona dei comuni di Font e Rivarolo, considerati non idonei, di Cuorgnè, Castellamonte ed eventualmente dell'ospedale di S. Luigi Canavese.

Non esistono altri presidi sanitari per le altre categorie di degenza; si sono pertanto previsti: 1 ospedale geriatrico di zona ad Ivrea, 3 ospedali di zona per lungodegenti a Caluso, Pont Canavese e Castellamonte, 4 convalescenziari di zona ad Ivrea, Pont, Cuorgnè e Castellamonte.

Per la zona della Valle di Susa, che presenta un quoziente di ricettività per acuti solo leggermente inferiore a quello indicato nella circolare, ed in complesso una popolazione relativamente stabile, appare opportuno il semplice potenziamento dei due ospedali esistenti di Susa e Avigliana al fine di realizzare ulteriori 80 posti letto.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

540 EAST 58TH STREET, CHICAGO, ILL. 60637

TEL. 773-707-5000 FAX 773-707-5001

WWW.CHICAGO.EDU

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637

CHICAGO, ILL. 60637



Per le altre categorie di degenza, attualmente scoperte, occorrerebbe realizzare una unità di zona per geriatrici-lungodegenti, ed una per convalescenti, quest'ultima eventualmente utilizzando e trasformando l'infermeria di Giaveno.

Per la zona della Valle di Lanzo si propone il potenziamento dell'ospedale Civile di Cirè, e dell' Ospedale Mauriziano di Lanzo, che renderebbero disponibili ulteriori 170 posti letto per acuti. La zona ha però attualmente circa 190 posti letto in case di cura private per tale categoria di degenza, mentre per le altre i posti letto privati sono i soli esistenti. I posti letto pubblici mancanti potrebbero essere realizzati potenziando le due infermerie di S. Maurizio Canavese e Caselle per i lungodegenti e realizzando un ospedale di zona nel comune di Lanzo per i convalescenti.

Nella zona di Pinerolo che presenta una popolazione relativamente stabile, occorrerebbe potenziare, per ulteriori 150 posti letto, l'ospedale provinciale per acuti, e inoltre trasformare le infermerie di Cavour e di Vigone in ospedali generali di zona per lungodegenti, e istituire un ospedale di zona per convalescenti da affiancare all'ospedale di Pinerolo.

Anche la popolazione della zona di Chivasso si presenta tendenzialmente stabile, per cui appare sufficiente potenziare con altri 50 posti letto l'ospedale civile di Chivasso, per gli acuti, e l'infermeria dei Poveri di Montanaro, per i lungo degenti.

Poichè i comuni del comprensorio di Chivasso gravitano sulla collina torinese, il fabbisogno di posti letto per convalescenti viene incluso nel comprensorio di Torino.

Gli interventi proposti dovrebbero condurre alla realizzazione della seguente struttura ospedaliera:





- 16 ospedali regionali a Torino centro: 4 generali, 9 specializzati, 1 geriatrico, 2 neuro psichiatrici;
- 6 ospedali provinciali a Torino centro (3 generali, 1 specializzato, 2 geriatrici), 1 a Ivrea e 1 a Pinerolo;
- 18 ospedali di zona di cui 4 generali e uno geriatrico a Torino centro, e ancora 13 ospedali generali distribuiti in ciascun comprensorio eccettuati i comprensori di Ivrea e Pinerolo, per cui si propone la categoria "provinciale".

### 3.2. Provincia di VERCELLI

#### 3.2. 1. Situazione esistente al 1965

La provincia di Vercelli è suddivisa nelle tre zone del Vercellese, Biellese e Valsesia, e nel circondario di Gattinara.

Dispone attualmente di due ospedali di prima categoria, localizzati a Vercelli e Biella, due ospedali di terza categoria localizzati a Borgosesia e Varallo (Valsesia) e un terzo ospedale di 3^ categoria sito a Gattinara. Tali ospedali hanno una ricettività attuale (31.12.1965) per acuti pari a 2.443 posti letto.

I quozienti di ricettività calcolati nella relazione tengono conto anche dei posti letto delle 7 infermerie distribuite in provincia, che ammontano in totale a 294; non tengono invece conto dei 140 posti letto disponibili nelle case di cura private.

La situazione per lungo degenti e convalescenti è decisamente negativa: se si escludono le infermerie delle varie zone, con 186 posti letto, soltanto l'ospedale di Varallo riserva 38 posti letto alla prima categoria di degenza, mentre per la seconda l'assistenza attuale è nulla.

The original text is written in a cursive script, likely from a 19th-century document. It appears to be a letter or a report, discussing various matters, possibly related to a business or a legal case. The text is somewhat faded and difficult to read in many places.

Received of the

of the

The text continues with several lines of cursive writing, which are also difficult to decipher. It seems to be a continuation of the letter or report mentioned above.

The final section of the text contains more cursive writing, possibly a signature or a closing statement. The handwriting is consistent with the rest of the document.

L'unico istituto pubblico di cura per malati mentali esistente è l'ospedale neuropsichiatrico Provinciale, con sede a Vercelli: esso dispone di 1000 posti letto per la psichiatria e 36 posti letto per la neurologia.

L'assistenza ai tubercolotici è presente nelle due zone del vercellese (225 posti letto) e del Biellese (130), in due sedi ubicate nel comune di Vercelli e a Bioglio nel Biellese, entrambe facenti capo all' INPS.

### 3.2.2. Posti letto necessari al 1979

Il calcolo del fabbisogno ospedaliero al 1979 prevede anche una stima dell'incremento di popolazione che <sup>si</sup> dovrebbe realizzare per tale data. Il piano si articola quindi in due fasi che sono la fase "di saldatura" cioè il soddisfacimento delle esigenze ospedaliere quali si presentano al momento attuale, e la fase "di piano" vera e propria che tiene conto delle aumentate esigenze dovute all'incremento di popolazione.

Al compimento delle due fasi la situazione dovrebbe risultare la seguente:

Posti letto necessari al 1979

zone	acuti	geriatrici	lungo degen ti e conval.	mentali	TBC
Vercellese	944	200	568	1.273	} 410
Biellese	1.300	200	832	-	
Valsesia	417	45	200	-	
Gattinara	300	-	-	-	
Totale	2.961	445	1.600	1.273	410

1. The first step is to identify the problem or goal. This involves understanding the current situation and what needs to be achieved.

100-443887-100

### 3.2.3. Soluzioni proposte

Gli interventi che si propongono nella "fase di saldatura" sono:

- 1) la costruzione "ex novo" dell'ospedale di Biella, che non è possibile ridimensionare nell'attuale sede, e che dovrebbe risultare non tanto potenziato come grado di ricettività, quanto soprattutto migliorato come livello di efficienza dell'assistenza prestata. La nuova sede già in via di progettazione dovrebbe disporre di 1300 posti letto ed avere la qualifica di Ospedale provinciale come quello di Vercelli;
- 2) il completamento dell'ospedale di Gattinara e l'ampliamento di quelli di Borgosesia e Varallo, secondo i progetti già finanziati, già approvati, o in corso di approvazione;
- 3) l'adeguamento della ricettività dell'ospedale Neuropsichiatrico Provinciale;
- 4) la ristrutturazione delle infermerie esistenti.

Gli interventi della "fase di piano" dovranno mirare a:

- 1) ristrutturare funzionalmente i due ospedali di zona della Valsesia (Varallo e Borgosesia), aggiungendo anche un reparto di 200 posti letto per lungodegenti e convalescenti;
- 2) creare nel Biellese un istituto geriatrico con capacità ricettiva di 200 posti letto e aumentare la disponibilità di posti letto per lungodegenti e convalescenti, fino a raggiungere gli 832 posti letto;
- 3) per quanto concerne l'assistenza geriatrica, creare una analoga iniziativa nel Vercellese, che sfrutti però l'ampia possibilità di sviluppo dell'attuale divisione geriatrica dell'ospedale Maggiore di Vercelli; aumentare inoltre la ricettività per lungodegenti e convalescenti fino a raggiungere i 568 posti letto;
- 4) potenziare la ricettività degli assistenti istituti per tubercolotici, fino al raggiungimento del coefficiente stabilito;



5) dopo una prima fase di attività con le funzioni attuali si potrebbe infine evolvere una delle infermerie del Vercellese occidentale (es. Livorno Ferraris) verso una funzione di Ospedale di zona per acuti con circa 250 posti letto in relazione ad un eventuale aumento di richiesta di prestazioni.

Con il programma di iniziative sopra descritto, si tende pertanto ad assicurare per il 1979 un quoziente di ricettività per acuti pari al 7‰, mentre si accettano come traguardo i coefficienti indicati dal Ministero per le altre categorie di degenza.

### 3.3. Provincia di NOVARA

#### 3.3.1. Situazione esistente al 1965

La provincia di Novara è stata suddivisa in 8 zone, che hanno la seguente struttura ospedaliera :

Novara : un ospedale di 1^ categoria con 1.340 posti letto utilizzabili per acuti, 200 posti letto per lungodegenti e 30 per tubercolotici, un ospedale psichiatrico provinciale che ha sede nel capoluogo con una capacità ricettiva di 956 posti letto, a cui si aggiungerà ancora nel capoluogo un nuovo ospedale psichiatrico a contributo statale, per complessivi 500 posti letto, attualmente in fase di progettazione.

Arona : un ospedale di 3^ categoria con 140 posti letto per acuti, sito nel capoluogo, e l'ospedale civile di Stresa (infermeria) con 36 posti letto peraltro considerati non ulteriormente utilizzabili, almeno per l'assistenza agli acuti, ma ancora in grado di funzionare per il ricovero di lungodegenti.





Borgomanero : 1 ospedale di 3<sup>a</sup> categoria con 138 posti letto, ed altrettanti in costruzione, destinati agli acuti.

Domodossola: 1 ospedale di 3<sup>a</sup> categoria per acuti, dichiarato non idoneo, tranne 100 posti letto utilizzabili per lungodegenti e inoltre l'infermeria di Premosello che rientra in questo comprensorio con 53 posti letto per acuti.

Verbania : un ospedale di 2<sup>a</sup> categoria con 378 posti letto, attualmente destinati agli acuti e in piccola parte (36 posti letto) ai tubercolotici . Quando entrerà in funzione il già finanziato nuovo ospedale con capacità ricettiva di 575 posti letto per acuti, 200 dei vecchi posti letti saranno destinati ai lungodegenti e i rimanenti saranno eliminati (eccetto la sezione per tubercolotici). Rientra in questa zona l'infermeria di Cannobio, con 41 posti letto ancora relativamente efficienti, riservati a lungodegenti.

Galliate : un ospedale di 3<sup>a</sup> categoria, con 101 posti letto per acuti e 14 posti letto per lungodegenti.

Omegna : 1 ospedale di 3<sup>a</sup> categoria con 153 posti letto.

Oleggio : una infermeria con 56 posti letto per acuti e 32 per lungodegenti.

La disponibilità complessiva di posti letto per acuti per tutta la provincia, dopo l'esecuzione delle opere finanziate, viene indicata nella relazione nella misura di 3.287 posti letto pari al 6,7% della popolazione al 1965.

In tale cifra peraltro si comprendono anche i posti letto dichiarati ormai non idonei per gli acuti e le infermerie. Prescindendo da questi, la disponibilità attuale scende a 2.550 posti letto, che rife-



riti alla popolazione al 1965 danno un quoziente di ricettività pari a 5,2‰.

Occorre anche notare che la relazione non fa menzione dei posti letto disponibili in case di cura private.

### 3.3.2. Posti letto necessari al 1979

Per il calcolo del fabbisogno di posti letto per i vari settori dell'assistenza ospedaliera ci si è riferiti alla popolazione presunta al 1979 che è stata calcolata pari a 560.094 abitanti.

Il fabbisogno di posti letto viene ad essere pertanto:

- per acuti (al 5‰)	2000
- per lungodegenti (al 2‰)	1120
- per convalescenti (al 2‰)	1120
- per mentali (al 3‰)	1680
- per tubercolotici (all' 1‰)	560

La relazione peraltro fa notare che esiste attualmente una sproporzione di posti letto fra le varie circoscrizioni territoriali per cui, nonostante un'aliquota di posti letto in complesso superiore al 5‰ riferita all'intera provincia, esistono alcune circoscrizioni in cui tale limite minimo non è neppure raggiunto. Tenuto conto di ciò ed anche, per gli ospedali esistenti, della loro condizioni attuali di efficienza, la struttura ospedaliera che si ritiene indispensabile raggiungere al 1979, per comprensorio e tipo di degenza, dovrebbe essere la seguente:



Posti letto necessari al 1979

Zone	acuti	lungodegenti	convalesc.	mentali	TBC
Novara	1.580	400	-	1.456	30
Arona	200	120	400	-	-
Borgomanero	248	150	-	-	-
Domodossola	340	100	-	-	60
Verbania	575	200	200	-	36
Galliate	130	50	-	-	-
Omegna	200	50	200	-	-
Oleggio	130	50	-	-	-
Totale	3.403	1.120	800	1.456	126

3.3.3. Soluzioni proposte

Al fine di realizzare tale attrezzatura, si formulano per gli acuti le seguenti proposte, in ordine di priorità:

- 1) costruzione di una nuova sede ospedaliera a Domodossola, in sostituzione di quella esistente, per complessivi 400 posti letto, 340 per acuti e 60 per tubercolotici;
- 2) ampliamento della infermeria di Oleggio, dotata di 88 posti letto, in modo che possa essere classificato come ospedale di zona, fino a raggiungere 130 posti letto;
- 3) ricostruzione di 240 posti letto presso l'ospedale Maggiore di Novara in sostituzione di quelli non più idonei;
- 4) ampliamento degli ospedali di Omegna e Arona nella misura rispettivamente di 47 e 60 posti letto ciascuno.



Per i lungodegenti si ritiene opportuno creare un nuovo ospedale in Romagnano Sesia; inoltre utilizzare i posti letto esistenti e quelli che si renderanno disponibili nelle attuali sedi ospedaliere in seguito alla costruzione dei nuovi ospedali di Verbania (già finanziato) e di Domodossola (da finanziare) e infine creare apposite sezioni di lungodegenti presso gli ospedali esistenti. I nuovi posti letto da creare sono pertanto così distribuiti: 200 nell'Ospedale Maggiore di Novara, 50 in ciascuno degli ospedali di Arona, Borgomanero, Oleggio, Omegna, Galliate; 34 a Stresa e 100 nel nuovo ospedale di Romagnano Sesia. In totale sono 584 posti letto che aggiunti a quelli esistenti formano una capacità ricettiva di 1120 posti al 1979, corrispondenti al 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub>o.

Le proposte per i convalescenti si compendiano nella creazione di 3 nuove unità ospedaliere ubicate a Nebbiuno (400 posti letto), e Premeno (200 posti letto) sul Lago Maggiore, e S. Maurizio d'Opaglio (200 posti letto) sul lago d'Orta.

Il fabbisogno minimo richiesto per i mentali sarà soddisfatto con la menzionata costruzione della nuova unità ospedaliera di Novara, che consentirà anche di eliminare il sovraffollamento attuale. In un secondo tempo, una volta soddisfatte le esigenze di maggiore urgenza, si dovrebbe prendere in considerazione anche la sostituzione dell'ospedale esistente con la costruzione di due unità da 500 posti letto ciascuna.

Il fabbisogno ospedaliero per i tubercolotici risulta sufficientemente soddisfatto con la creazione di una sezione con 60 posti letto presso il nuovo ospedale di Domodossola, data la disponibilità in provincia di un Sanatorio privato capace di 310 posti letto.

Dal punto di vista della classificazione, la rete ospedaliera al 1979 dovrebbe risultare la seguente:





- Ospedali regionali: Novara (per acuti)
- Ospedali provinciali: Verbania e Domodossola (per acuti)  
Novara (per lungodegenti)  
Nebbiuno (per convalescenti)
- Ospedali di zona : Verbania , Domodossola, Borgomanero, Stresa  
Arona, Galliate, Omegna, Oleggio, Romagnano Sesia,  
(per lungodegenti), Premeno, S. Maurizio d'Opa  
glio (per convalescenti), Fremosello (specializzato),  
Cannobio (geriatrico).

### 3.4. Provincia di CUNEO

#### 3.4. 1. Situazione esistente al 1965

La provincia di Cuneo è stata ripartita in 8 zone, che presentano al 1965 la seguente ricettività ospedaliera:

- zona di Cuneo : 1 ospedale con 904 posti letto per acuti, 1 ospedale per malati mentali (solo femminile) capace di 230 posti letto, ed un sanatorio con 296 posti letto, sito nel capoluogo;
- zona di Alba: 1 ospedale con 216 posti letto per acuti;
- zona di Bra : 1 ospedale con 128 posti letto per acuti e 27 per lungodegenti;
- zona di Ceva : 1 ospedale con 125 posti letto per acuti e 25 per lungodegenti;
- zona di Fossano: 1 ospedale con 160 posti letto per acuti e 20 per tubercolotici;
- zona di Mondovì : 1 ospedale con 216 posti letto per acuti e 36 per tubercolotici;
- zona di Saluzzo: 1 ospedale con 222 posti letto per acuti, e 30



per tubercolotici;

zona di Savigliano: 1 ospedale con 212 posti letto, di cui 12 riservati all'isolamento e 24 ai tubercolotici, e inoltre 1 ospedale neuropsichiatrico, sito a Racconigi, che può accogliere 1.330 malati.

### 3.4.2. Posti letto necessari al 1979

Il calcolo del fabbisogno acuti non ha tenuto conto dei posti letto nelle varie infermerie della provincia, in quanto si tratta di istituzioni non idonee al ricovero di acuti. Si è prevista però la loro trasformazione in istituti per convalescenti e lungodegenti. Da notare inoltre che viene effettuata una stima a livello provinciale della presunta popolazione al 1979, ma nel calcolo del fabbisogno di ogni singola zona viene presa in considerazione la popolazione del 1965. Tale fabbisogno risulta pertanto relativamente sottostimato.

D'altra parte, per quanto riguarda gli acuti, la relazione fa presente che il quoziente di ricettività fissato (5‰), non è ritenuto sufficiente, nel caso specifico della provincia di Cuneo, ed esso viene elevato a 5,32‰.

Per gli altri tipi di degenze i coefficienti indicati sono stati ritenuti soddisfacenti.

#### Fosti letto necessari al 1979

zone	a c u t i		lungodegen.	convalesc.	mentali	TBC
	5,32‰	5‰				
Cuneo	690	649	260	260		547
Alba	463	435	174	174		
Bra	287	269	108	108		
Ceva	188	177	71	71		
Fossano	228	215	86	86		
Mondovì	349	329	132	132		
Saluzzo	422	397	159	159		
Savigliano	225	212	85	85		
Totale	2.852	2.683	1.075	1.075	1.680	547



### 3.4. 3. Soluzioni proposte

Il raggiungimento degli obiettivi precedentemente esposti, dovrebbe essere conseguito, oltre che potenziando gli 8 ospedali già esistenti, attraverso le seguenti realizzazioni:

- 1) portare a termine il progetto dei 300 posti letto, già iniziato con un finanziamento autonomo di 360 milioni, tramite la concessione di un largo contributo finanziario all'Ospedale Civile di Cuneo;
- 2) ricostruire "ex novo" il vecchio ospedale civile di Ceva, che, nonostante il progettato ampliamento in corso, non arriverà altrimenti a risolvere i suoi problemi di strutture vecchie e inadeguate;
- 3) lo stesso discorso vale per i vecchi fabbricati costituenti gli ospedali di Mondovì e Savigliano, per i quali si dovrà giungere ad una capacità ricettiva rispettivamente di 350 e 375 posti letto.

Come già accennato, per l'assistenza ai lungodegenti potrebbero essere utilizzate le infermerie che di solito non si prestano al ricovero degli acuti. Per le infermerie che sono invece già avviate ad un'attività sanitaria qualitativamente apprezzabile nell'assistenza agli infermi acuti, si propone la commutazione in Istituti per convalescenti, avendo questi soggetti ancora bisogno di sorveglianza e di cure mediche. Nel complesso delle 36 infermerie della Provincia, 18 dovrebbero accogliere 1.075 lungodegenti e 18 altrettanti convalescenti, ripartiti tra i vari comprensori come appare dalla tabella precedente.

L'ospedale psichiatrico bisognerebbe della costruzione di un nuovo reparto di 120 posti letto per uso mutualistico ("a porte aperte").

Per quanto riguarda l'assistenza ai tubercolotici, occorre far presente che in sede di programmazione non si potrà più contare sui



96 posti letto attualmente ricavati dagli ospedali di Fossano, Mondovì, Saluzzo e Savigliano, in quanto tali ospedali non sono specializzati nell'assistenza per TBC e tenderanno quindi ad eliminarla o a limitarla ai casi urgenti. I posti letto pertanto si riducono ai 296 del Sanatorio di Cuneo; calcolando il fabbisogno sulla base dell' 1‰ della popolazione al 1979, la provincia di Cuneo ha bisogno di ulteriori 251 posti letto.

La relazione fa inoltre presente che la provincia dispone di due sanatori privati con recettività complessiva di circa 300 posti letto; non fa menzione, invece, delle case di cura private per le altre categorie di degenza.

### 3.5. Provincia di ASTI

#### 3.5. 1. Situazione esistente al 1965

La provincia di Asti viene ripartita nei due comprensori di Asti e Nizza Monferrato. La situazione ospedaliera al 31.12.1965 è la seguente: nel comprensorio di Asti esiste un solo ospedale generale di 2<sup>a</sup> categoria, ubicato ad Asti, che ha in corso e in progetto lavori di ampliamento, ad ultimazione dei quali la ricettività sarà di 670 posti letto. Sempre ad Asti esistono due case di cura private con complessivi 180 posti letto.

I comuni di Montiglio, Cocconato, Moncalvo e San Damiano dispongono ciascuno di una infermeria, per complessivi 164 posti letto.

Il comprensorio di Nizza Monferrato dispone di due sole infermerie, ubicate a Nizza e Canelli, con complessivi 184 posti letto.

In pratica però si può contare solo sui posti letto dell'ospedale, delle case di cura di Asti e delle infermerie di Nizza e Canelli,





in quanto le altre infermerie hanno prevalentemente funzioni di ospizi o case di riposo.

### 3.5.2. Posti letto necessari al 1979

Considerata la carente disponibilità attuale, il fabbisogno della provincia al 1979, sulla base dei quozienti di ricettività indicati dal Ministero, è descritto dal prospetto seguente:

Posti letto necessari al 1979

zone		acuti	lungodegen.	convalesc.	mentali	TBC
Asti	Asti	1.000			500	
	Montiglio			80		
	Cocconato			80		
	Moncalvo		80			
	San Damiano		80			
Nizza M.to	Nizza Monferrato	130				
	Canelli		80			
Totale		1.130	240	160	500	-

### 3.5.3. Soluzioni proposte

Gli interventi che si ritengono necessari al fine di coprire il fabbisogno dei due comprensori, sono i seguenti:

- 1) sostituzione del vecchio ospedale di Asti inadatto e non suscettibile di ulteriore sviluppo, con la costruzione di un nuovo ospedale generale per acuti con 1000 posti letto, da classificarsi provinciale;
- 2) costruzione di un ospedale psichiatrico per 500 posti letto da ubicarsi in una apposita zona periferica del capoluogo;



- 3) potenziamento dell'infermeria esistente di Nizza Monferrato fino al raggiungimento dei 130 posti letto già progettati. La futura classificazione dovrebbe essere di ospedale di zona per acuti;
- 4) ampliamento fino a 80 posti letto e trasformazione in ospedali di zona per lungodegenti per le infermerie di Canelli, Moncalvo e San Damiano;
- 5) ampliamento fino a 80 posti letto e trasformazione in ospedali di zona per convalescenti, per le infermerie di Montiglio e Cocconato.

La provincia manca totalmente di posti letto per tubercolotici, e la relazione non prevede di colmare tale lacuna.

### 3.6. Provincia di ALESSANDRIA

#### 3.6. 1. Situazione esistente al 1965

La situazione ospedaliera attuale della provincia al 31.12.1965, riferita alle 7 zone in cui è stata ripartita, è la seguente:

- Alessandria: 1 ospedale generale di 1^ categoria con 993 posti letto per acuti, 1 ospedale specializzato (infantile) di 3^ categoria con 145 posti letto, 1 ospedale geriatrico di 1^ categoria con 158 posti letto, 1 ospedale psichiatrico con 1055 posti letto ed 1 sanatorio provinciale con 270 posti letto;
- Valenza : 1 ospedale generale di 3^ categoria con 108 posti letto per acuti;
- Acqui Terme : 1 ospedale generale di 3^ categoria con 189 posti letto per acuti, e 36 per lungodegenti;
- Novi Ligure: 1 ospedale generale di 3^ categoria con 166 posti letto per acuti e 54 per lungodegenti;



- Ovada : 1 ospedale generale di 3<sup>a</sup> categoria con 123 posti letto;
- Tortona : 1 ospedale generale di 2<sup>a</sup> categoria con 354 posti letto per acuti e 30 per lungodegenti;
- Casale Monferrato : 1 ospedale generale di 2<sup>a</sup> categoria con 595 posti letto per acuti e 10 per lungodegenti.

Le case di cura private della provincia rendono inoltre disponibili altri 443 posti letto riservati agli acuti, e le 8 infermerie contribuiscono con 253 posti letto.

Esiste inoltre a Novi Ligure una casa di cura privata per tubercolotici con 120 posti letto.

### 3.6.2. Posti letto necessari al 1979

Anche considerando solamente gli ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> categoria, i posti letto disponibili per acuti risultano in numero superiore a quello corrispondente al quoziente di ricettività del 5‰. Anche la ricettività per tubercolotici viene dichiarata sufficiente per le necessità della provincia (benchè il coefficiente di ricettività sia stato calcolato sulla base di posti letto superiori a quelli realmente disponibili nei due istituti specializzati esistenti).

Può considerarsi per ora sufficiente il numero di posti letto per malati mentali, tenendo presente che gli attuali 1.055 saranno prossimamente integrati da altri 250 posti letto, appena ultimati i lavori in corso.

Risulta invece assolutamente insufficiente il numero di posti letto per lungodegenti, attualmente pari a 130. Infatti per il quoziente indicato del 2‰ i posti letto necessari dovrebbero essere circa 1000.

Sono infine del tutto mancanti i posti letto per convalescenti che, applicando lo stesso quoziente del 2‰, dovrebbero anch'essi ammontare a circa 1000.



Occorre notare che tutte le precedenti previsioni di fabbisogno sono state formulate sulla base di una popolazione provinciale non rivalutata al 1979. La situazione ospedaliera auspicata a tale data dovrebbe essere la seguente:

Posti letto necessari al 1979

zone	acuti	lungodegen.	convalesc.	mentali	TBC
Alessandria		47	440		
Valenza					
Acqui Terme			80		
Novi Ligure		60	82		
Ovada					
Tortona		24	80		
Casale Monferr.			200		
Totale	3.463	1.000	1.000	1.805	454

3.6.3. Soluzioni proposte

Si ritiene che, con modeste opere di sistemazione e di ampliamento, gli attuali ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> categoria possano essere riclassificati nel modo seguente:

- Ospedali generali di zona: ospedale di Tortona, di Novi Ligure, di Acqui, di Ovada e di Valenza;
- Ospedali generali provinciali: ospedali di Alessandria e Casale Monferrato;
- Ospedale geriatrico di zona : istituto geriatrico di Alessandria;
- Ospedali specializzati provinciali : sanatorio provinciale di Alessandria e ospedale infantile di Alessandria.

Per sopperire alle necessità per i lungodegenti si ritiene che possano essere trasformate e classificate in ospedali di zona per





lungodegenti, con opportuni adattamenti e ampliamenti, le attuali infermerie di Bosco Marengo, di Pontecurone, di Gavi Ligure, di Castelnuovo Scrivia e di Castellazzo Bormida.

Si consiglia inoltre l'istituzione di appositi reparti per lungodegenti negli ospedali generali di zona e negli ospedali provinciali, e la costruzione di un ospedale provinciale per lungodegenti da ubicarsi nei sobborghi di Alessandria, particolarmente idonei per la loro salubrità ed accessibilità.

Le attuali infermerie di Serravalle Scrivia, di Arquata Scrivia e di San Salvatore Monferrato potrebbero essere trasformate in ospedali di zona per convalescenti. Ma, al fine di raggiungere una ricettività discreta, appare ancora necessaria la costruzione di 3 nuovi ospedali per convalescenti: un ospedale provinciale ad Acqui con circa 80 posti letto; un ospedale di zona a Tortona con 80 posti letto, e un altro di zona, con circa 200 posti letto, a Casale Monferrato.

Per i malati mentali si prevede prossima la costruzione da parte dell'Amministrazione Ospedaliera di un nuovo ospedale psichiatrico per circa 500 posti letto.



#### 4. Sintesi del rapporto IRES sulle attrezzature ospedaliere in Piemonte

##### 4.1. I criteri guida dello studio

La valutazione del fabbisogno occorrente di attrezzature ospedaliere nella regione piemontese è stata formulata negli studi per il Piano Regionale nell'ipotesi di un riassetto radicale del servizio secondo le indicazioni espresse dalla legge di riforma.

Tale valutazione fa riferimento alla situazione demografica e strutturale esistente nella regione al 31.12.1963, e si pone, in prima istanza, l'obiettivo di un adeguamento soddisfacente del servizio ospedaliero, da raggiungere entro la fine del 1970.

La valutazione è da considerarsi di prima approssimazione, in quanto si limita ad individuare l'ordine di grandezza del fabbisogno, e la sua articolazione fondamentale, in rapporto alla consistenza demografica della regione, riscontrando, in linea di massima, il grado di corrispondenza delle strutture esistenti.

I criteri generali, concettuali ed operativi, che presiedono alla determinazione ed alla qualificazione del fabbisogno (scontata la ripartizione e la qualificazione nosologica fondamentale per cure medico chirurgiche, psichiatriche, sanatoriali), in vista di un servizio adeguato razionalmente ed organicamente distribuito ed integrato, si precisano come :

- a) qualificazione ed articolazione funzionale delle attrezzature secondo lo stato di intensità delle cure: ospedali per acuti; per lungodegenti (lungo degenti veri e propri, cronici, geriatrici), per convalescenti;
- b) articolazione, qualificazione e gerarchizzazione funzionale e territoriale (1) della rete d'impianto ospedaliero secondo un crescente livello di complessità e capacità delle prestazioni tecnico-sanitarie:

---

(1)- Tenendo presente il più possibile l'esigenza di minimizzare il distacco tra l'ambiente normale del degente e l'organismo di cura contemporaneamente all'esigenza di assicurare dimensioni e qualità dell'unità di servizio tali da garantire il massimo di efficienza e da contenere i costi di impianto e di gestione.



- ospedali circoscrizionali o zonalì,
  - ospedali provinciali,
  - ospedali regionali;
- c) il posto letto come unità base di valutazione della domanda di servizio da soddisfare (qualificata secondo la tipologia nosologica fondamentale e quella derivante dalle indicazioni sub a) e b) con cui formulare l'entità dello standard, o rapporto, strutture ospedaliere - popolazione.

Come si nota, i criteri cui gli studi per il Piano Regionale si sono riferiti, corrispondono all'impostazione richiesta dal Ministero dei Lavori Pubblici nella circolare dell' 1.8.1966, n.6250.

#### 4.2. Il metodo e gli standards di riferimento adottati

In questo quadro si è proceduto

- a) ad una individuazione di massima del fabbisogno teorico di infrastrutture occorrenti in base ad uno standard obiettivo, quantitativo e qualitativo, di infrastrutture per unità di popolazione, enucleato sulla scorta delle indicazioni di legge, tenendo conto peraltro che l'anno di riferimento del Piano Regionale è il 1970; pertanto per gli interventi di adeguamento si è ritenuto opportuno ridurre lo standard relativo ai posti letto per convalescenti (invece di 2%, si è considerato 1‰);
- b) ad una valutazione dell'idoneità delle infrastrutture in uso, basata sull'inammissibilità alla funzione ospedaliera degli edifici anteriori al 1900 e per i quali non sono risultati radicali interventi di rammodernamento successivi a tale data; inoltre sono state escluse tutte le infrastrutture, classificate come infermerie (1);

---

(1)- In quanto non corrispondenti ai requisiti minimi richiesti per la funzione ospedaliera modernamente intesa. La possibilità di trasformarle in normali organismi ospedalieri (o per lungodegenti) di zona, presenta nella maggior parte dei casi un onere di interventi che in pratica non si scosta da quello richiesto per la costituzione ex novo di questi posti letto ospedalieri.



c) la quota di fabbisogno che risulta scoperta dal raffronto tra l'entità del fabbisogno teorico, e l'entità delle infrastrutture considerate idonee dell'attuale impianto ospedaliero, viene così a formare la dimensione (qualitativamente articolata) del fabbisogno insoddisfatto, per il quale occorre predisporre adeguati interventi.

A questo fabbisogno insoddisfatto si aggiunge, in sede di previsione, l'entità del fabbisogno aggiuntivo calcolato in base all'incremento presumibile di popolazione ed allo standard ammesso.

Lo standard di riferimento adottato è il seguente :

Il rapporto posti letto-abitanti è stato determinato in 12 posti letto per 1000 abitanti, con la seguente qualificazione (1):

1 posto letto per acuti di livello regionale

1 posto letto per acuti di livello provinciale

3 posti letto per acuti di livello circoscrizionale

totale 5 posti letto per acuti

0,5 posti letto lungo-degenti regionali

0,5 posti letto lungo-degenti provinciali

1 posto letto lungo-degenti circoscrizionali

totale 2 posti letto lungodegenti

3 posti letto psichiatrici

1 posto letto sanatoriale

1 posto letto convalescenziari

L'analisi svolta negli studi preparatori al piano regionale non entra nel merito dell'organizzazione specifica della rete né dei dimensionamenti e delle localizzazioni ottimali delle singole unità ospedaliere (esistenti o da costituire) in rapporto alle particolari situazioni geomorfiche, urbanistiche e socio-demografiche del territorio; questi elementi possono essere individuati e definiti solo in sede di un piano ospedaliero particolareggiato, quale dovrebbe essere

1)-In mancanza di una definizione ufficiale e si è adottata questa qualificazione provvisoria che, tenendo conto del livello di approssimazione ammesso, è parsa sufficiente a fornire una prima indicazione dimensionale dell'articolazione di massima del sistema di infrastrutture ospedaliere occorrenti nella regione.





il piano per le costruzioni ospedaliere", nel quadro dei piani di organizzazione territoriale.

Il livello di ripartizione territoriale considerato, negli studi per il Piano Regionale, per l'attribuzione del fabbisogno ospedaliere, è quello costituito dalle aree ecologiche, in cui si è suddivisa la regione piemontese.

#### 4.3. Lo schema di assegnazione delle infrastrutture

Le infrastrutture corrispondenti al fabbisogno, individuato in base allo standard esposto, sono assegnate territorialmente, senza entrate in merito alle ubicazioni specifiche, secondo il seguente schema:

- acuti e lungo degenti regionali - all'area in cui è compreso il capoluogo regionale;
- acuti e lungodegenti provinciali - alle aree in cui è compreso il capoluogo di provincia più quelle in cui il valore tecnico sanitario delle attrezzature attuali è tale da garantire un contesto di prestazioni conformi al livello indicato;
- acuti e lungodegenti circoscrizionali - a tutte le aree previste per le quali occorrerà evidentemente procedere ad una ripartizione interna in zone o circoscrizioni;
- posti letto psichiatrici - sono considerati di livello provinciale e quindi assegnati alle aree comprendenti il capoluogo di provincia;
- posti letto sanatoriali - considerati di livello provinciale, vengono però assegnati alle aree con requisiti più idonei alle esigenze terapeutiche;
- posti letto convalescenziari - sono assegnati a tutte le aree in quanto si considerano di tipo circoscrizionale al fine unicamente di minimizzare il distacco tra degenze e ambiente abituale.



Fer quanto riguarda i posti letto per acuti la corrispon-  
denza tra la classificazione vigente (A) e la classificazione propo-  
sta (B) è la seguente:

( A )	(B)
Ospedali di 1^ categoria specializzati e generali	} Regionali (qualora siano compresi nella area del capoluogo regionale)
Ospedali specializzati di 2^ categoria	
Ospedali generali di 2^	} Provinciali
Ospedali specializzati di 3^	
Ospedali generali di 3^ categoria	Circoscrizionali o zonali
Infermerie	Abolite

Per le eventuali eccedenze di disponibilità riscontrate in al-  
cune aree e per alcune categorie di attrezzature, si è adottato il cri-  
terio di utilizzazione massima dell'esistente, assegnando le attrezza-  
ture eccedenti di livello superiore al fabbisogno di livello inferiore,  
(es. i posti letto eccedenti in ospedali provinciali sono destinati a copertura  
del fabbisogno zonale; le eccedenze per acuti sono destinate a lungodegenti).  
Sono esclusi da questo procedimento i posti letto psichiatrici, sanato-  
riali, convalescenziari, data la peculiarità di questi fabbisogni e delle  
corrispondenti infrastrutture.

4.4. L'ammontare complessivo, la ripartizione tipologica del fabbisogno  
regionale, le infrastrutture da approntare

Riassumendo dalla tabella 1 l'impianto esistente (al 1963), sono  
risultati 40.070 posti letto, di cui 88% pubblici; 12% privati, così  
ripartiti:



<u>Posti letto per:</u>	<u>Totale</u>	<u>Idonei</u>
Cure medico chirurgiche	24.758	15.383
Cure psichiatriche	10.541	5.417
Cure sanatori	4.771	3.663

Non sono stati considerati i convalescenziari, in quanto quelli denominati tali non sono stati calcolati per la precarietà (in genere) del loro stato<sup>o</sup> perchè di dimensione trascurabile.

In base alla popolazione residente nella regione, al 31.XII.1963, risultavano necessari, per un adeguamento quantitativo e qualitativo del servizio, e nel quadro degli orientamenti adottati e dei limiti di approssimazione ammessa, complessivamente circa 20.470 posti letto per lungodegenti; 12.280 posti letto psichiatrici; 4.090 posti letto sanatoriali e 4.090 posti letto convalescenziari, con un totale generale di 49.130 posti letto.

Nella tabella 2 il fabbisogno è suddiviso secondo le aree ecologiche a cui si riferisce il progetto di Fiano Regionale

Raffrontando queste cifre con l'entità, prima valutata, dei posti letto già disponibili e ritenuti ancora idonei alla funzione ospedaliera, si ha la dimensione del fabbisogno insoddisfatto (e quindi la quantità di nuove attrezzature da approntare) che si aggira sui 26.000 posti letto.

Più precisamente, nel complesso della regione il fabbisogno da soddisfare risulta così qualificato:

posti letto per acuti regionali	in linea di massima soddisfatto
" " " " provinciali	490
" " " " circoscrizionali	6.485
" " " " lungo degenti	6.840
" " " " psichiatrici	6.950
" " " " sanatoriali (1)	1.000
" " " " convalescenziari	4.170
Totale posti letto	25.935

=====



Da questi dati sommari appare chiaramente che, in linea generale, può considerarsi soddisfacente la situazione per quanto riguarda i posti letto per acuti di maggior impegno (acuti regionali e provinciali) e sanatoriali (2), mentre le carenze si manifestano soprattutto nei posti letto acuti circoscrizionali (ospedali di zona), in quelli psichiatrici, nei lungodegenti e nei convalescenziari.

L'entità delle infrastrutture da approntare, come già accennato, dovrà inoltre essere opportunamente aumentata del fabbisogno aggiuntivo determinato dall'incremento di popolazione, riscontrato (o presunto) tra la data di riferimento (1963) e quella finale ipotizzata per l'adeguamento del servizio (1970). Per il trascorso biennio '64-'65, allo scopo di armonizzare l'arco temporale del piano regionale con quello nazionale, si è poi proceduto ad una stima di carattere finanziario degli investimenti effettuati a parziale copertura dei fabbisogni (3).

Inoltre si tenga presente che nel piano regionale la valutazione del rapporto tra l'ammontare globale dei fabbisogni di infrastrutture sociali e l'aumento delle disponibilità finanziarie, e altre considerazioni di ordine tecnico, hanno fatto ritenere come non realisticamente attuabili, entro l'anno ipotizzato come termine del piano (1970), gli investimenti necessari a coprire l'entità del fabbisogno ospedaliero individuato. Pertanto per completare

- 
- (1)- Il fabbisogno emergente in effetti si aggirerebbe sui 500-600 posti letto; è stata stata indicata una cifra superiore in quanto è già in corso la costruzione del corrispondente ospedale (S. Luigi di Torino, nel territorio di Orbassano) in sostituzione di quello esistente attualmente, obsoleto in ragione del degradamento delle condizioni ambientali.
- (2)- Evidentemente ciò non significa che le attrezzature, sul piano organizzativo funzionale, siano in ogni caso adeguate. Anzi, tra le disfunzioni più evidenti dell'attuale servizio ospedaliero si notano rilevanti squilibri, qualitativi e quantitativi, per cui coesistono fenomeni di sovraffollamento di impianti e fenomeni paralleli di inutilizzazione. Ciò è dovuto sia alla disorganicità del sistema istituzionale (con politiche di tipo aziendalistico e concorrenziali da parte degli organismi ospedalieri) sia alla mancanza di una organizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo lo stato d'intensità delle cure, per cui attrezzature proposte alle terapie per acuti, per le quali occorre predisporre degenze limitate, vengono forzatamente sovraccaricate dall'assistenza per lungodegenti, cronici, ecc.
- (3)- In assenza di informazioni adeguate non è stato possibile accertare le caratteristiche fisiche strutturali delle opere eseguite.





l'adeguamento delle infrastrutture ospedaliere nella regione piemontese si è fissato come traguardo il 1980. Ciò comporta ovviamente che nella fase operativa si dovrà tenere conto delle ulteriori variazioni demografiche che si potranno produrre entro tale data.

Per l'assegnazione alle singole aree ecologiche delle infrastrutture occorrenti in corrispondenza alle riscontrate modalità del fabbisogno insoddisfatto, l'applicazione dello schema prima indicato ha portato all'attribuzione di massima esposta nella tabella n. 3.

Si è qui trascurato, a proposito delle attrezzature per acuti, la distinzione tra ospedali generali ed ospedali specializzati. Tale distinzione appare infatti come una modalità interna di organizzazione del servizio, che non ha particolare rilevanza in questa sede. Inoltre in sede di piano particolareggiato, l'impianto ospedaliero sul territorio delle singole aree dovrà essere ulteriormente suddiviso ed articolato secondo un sistema integrato di zone ospedaliere, in base ai parametri indicati dalla legge ed alle caratteristiche geografiche e demografiche delle varie aree ecologiche. Tale sistema dovrà, fra l'altro, rispettare i vincoli dimensionali posti dalla legge per quanto riguarda i limiti minimi. Nel piano regionale si è cercato anche di indicare i limiti di dimensione massima, che per un ospedale per acuti di livello regionale non dovrebbero comunque superare i 1200 posti letto.

L'assegnazione delle infrastrutture ospedaliere alle varie aree è in particolare dovuta al seguente sistema di attribuzione dei fabbisogni, a fronte delle disponibilità esistenti:



- Area di Torino : a) fa fronte al fabbisogno di posti letto acuti e lungodegenti regionali, prodotto da tutto il territorio piemontese, b) fa fronte al fabbisogno di posti letto di livello provinciale, emergente dal territorio della sola area ecologica di Torino. Le dotazioni esistenti corrispondenti al livello richiesto risultano in linea di massima sufficienti salvo una carenza residua di posti letto provinciali, c) fa fronte al fabbisogno di posti letto psichiatrici emergente da tutto il territorio provinciale che comprende oltre quella di Torino, le aree ecologiche di Ivrea e Pinerolo.
- Aree di Ivrea e Pinerolo : il livello delle attrezzature attualmente esistenti per acuti sul territorio è tale da permettere loro di soddisfare la domanda di posti letto provinciali emergenti dai rispettivi contesti, anche se le dimensioni demografiche non corrispondono a quelle previste dalla legge. Il fabbisogno da approntare verte sui posti letto circoscrizionali. Per i posti letto psichiatrici le aree fanno riferimento all'area di Torino.
- Area di Vercelli : il servizio ospedaliero ha funzioni di livello provinciale, per acuti e lungodegenti limitatamente alle aree di Vercelli e Borgosesia, per psichiatrici è esteso anche all'area di Biella.
- Area di Borgosesia: il servizio ospedaliero attribuito è considerato esclusivamente di livello circoscrizionale.
- Area di Biella : il livello delle attrezzature in uso fa considerare assolvibile in loco anche la richiesta di posti letto per acuti e lungodegenti provinciale.
- Area di Novara : assolve anche alla funzione ospedaliera di livello provinciale per acuti (e lungodegenti) e psichiatrici di tutto il territorio, comprensivo anche dell'area di Verbania, alla quale pertanto è attribuito un impianto ospedaliero unicamente di livello circoscrizionale.
- Area di Cuneo : assolve alla funzione ospedaliera di livello provinciale (per acuti e lungo degenti) anche delle aree Saluzzo-Savigliano-Fossano, Alba-Bra e Mondovì, alle quali si attribuisce un impianto ospedaliero



di livello circoscrizionale. Per il fabbisogno in posti letto psichiatrici le occorrenze per l'adeguamento sono assegnate all'area di Cuneo, anche se le attuali (obsolete ed efficienti) sono per lo più insediate nel territorio di un comune della provincia di Cuneo, Racconigi, considerato nell'ambito dell'area di Torino. Tali attrezzature, nella tabella 1, sono contegiate nell'ambito dell'area di Saluzzo, Savigliano, Fossano.

- Area di Asti : l'area è destinata ad assolvere alle funzioni ospedaliere di livello provinciale per acuti (e lungodegenti) e psichiatrici, per la popolazione residente nel suo ambito territoriale.
- Area di Alessandria: assolve alla funzione ospedaliera di livello provinciale per acuti e lungodegenti unicamente per la domanda emergente dall'area. Per gli psichiatrici assolve anche al fabbisogno dell'area di Casale che, salvo qualche comune, appartiene all'ambito amministrativo della provincia di Alessandria.
- Area di Casale: il livello delle attrezzature esistenti, permette all'area di assolvere anche alla domanda locale di servizio ospedaliero di livello provinciale.

In conclusione, la serie di indicazioni testé espressa, tende essenzialmente a formulare in modo sistematico, anche se soltanto in prima approssimazione, le linee d'intervento e l'individuazione di massima dei fabbisogni per un piano ospedaliero regionale. Esse possono fornire un quadro di riferimento concettuale ed il disegno essenziale, per la messa in opera di un piano di interventi, nello spirito informativo e secondo i criteri guida della legge di riforma per un servizio ospedaliero quantitativamente e qualitativamente adeguato alle esigenze regionali. L'obiettivo che si vuole raggiungere è in effetti una rete articolata di infrastrutture tale che garantendo da un lato il massimo di efficienza tecnico-sanitaria del servizio, fornisca in modo uniformemente distribuito sul territorio la possibilità di cure a tutta la popolazione residente, assicurando nel contempo il massimo contenimento dei costi economici e sociali di impianto e di gestione.





Tabella 1

Infrastrutture ospedaliere idonee ed obsolete al 31-12-1963

categoria e stato di efficienza	posti letto disponibili nelle aree ecologiche															totale
	01 Torino	02 Ivrea	03 Pinerolo	04 Vercelli	05 Borgo- seale	06 Biella	07 Novara	08 Vercelli	09 Cuneo	10 Saluzzo - Alba - Bra - Mondovì	11 Savigliano	12	13 Asti	14 Alessandria	15 Casale Monf.	
<b>OSPEDALI PUBBLICI</b>																
1 <sup>a</sup> categoria generali e specializz.	5.804 1.768 4.036			783		835	2.018							1.126		10.566
														412		2.413
														714		8.153
2 <sup>a</sup> categoria generali e specializz.	811 240 571	335 30	220	783		835	1.785		822				445	360	577	3.570
													445			715
									822					360	577	2.855
3 <sup>a</sup> categoria generali e specializz.	1.138 349 789		170		420		207	696		490	306	370		668		4.465
			120		420		110	366		390	306	370		200		2.211
			50				97	330		100				468		2.254
infermerie	1.319 4.550 2.603	254 50	339	189	15	40	107	237 (1)	339	311	183	181	278	230	50	4.072 (1)
				950			1.382		230	1.195 (2)				1.000		9.357
psichiatrici	1.947						1.082			600				520		4.855
				950			300		230	595				480		4.502
	1.328	178	310	285		120		370	449					270		3.310
sanatoriali	1.208															1.208
	120	178	310	285		120		370	449					270		2.102
	14.950	817	1.039	2.207	435	995	3.714	1.303	1.840	1.996	489	551	723	3.654	627	35.340
totale pubblici	7.487	334	459	189	15	40	1.532	567	339	1.301	489	551	723	1.362	50	15.438
	7.463	483	580	2.018	420	955	2.182	736	1.501	695				2.292	577	19.902
<b>CASE DI CURA PRIVATE</b>																
medico-chirurgiche o policliniche	975	40				114	77	169	40	32	101	26	125	336	50	2.085
	975	40				114	77	169	40	32	101	26	125	336	50	2.085
	1.129										55					1.184
psichiatriche	269															269
	860															915
	446	40						330	347		128		170			1.461
sanatoriali																
								330			128		170			1.461
	446	40				114	77	499	387	32	284	26	295	336	50	4.730
	2.550	80														269
totale private	269															
	2.281	80				114	77	499	387	32	284	26	295	336	50	4.461
	17.500	897	1.039	2.207	435	1.109	3.791	1.802	2.227	2.078	773	577	1.018	3.990	677	40.070
Totale generale	7.756	334	459	189	15	40	1.532	567	339	1.301	489	551	723	1.362	50	15.707
	9.744	563	580	2.018	420	1.069	2.259	1.235	1.888	777	284	26	295	2.628	627	24.363

(1) Tra questi sono però considerati efficienti, per una utilizzazione ospedaliera di base, 36 posti letto, in deroga al criterio di obsolescenza totale applicato alla categoria infermerie. I totali parziali e generali della tabella tengono conto dell'eccezione.

(2) Sono compresi, nelle dotazioni attribuite all'area 10, i posti letto psichiatrici della provincia di Cuneo localizzati nel comune di Racconigi, il quale territorialmente è invece inserito nell'area di Torino.





Tabella 2

## Fabbisogno teorico in posti letto al 1963

area	popolazione	posti letto per acuti		posti letto per lungodegenti			psichia- trici	sanato- riali	conval- scenzari	totale	%			
		regionali	provinc. circoscriz.	regionali	provinc. circoscr.	totale								
01 - Torino	1.809.344	1.809	1.809	5.427	9.045	904	905	1.809	3.618	5.427	1.809	1.809	21.708	44,2
02 - Ivrea	110.148	110	110	330	550	55	55	110	220	330	110	110	1.320	2,7
03 - Pinerolo	114.155	114	114	342	570	57	57	114	228	342	114	114	1.368	2,8
04 - Vercelli	124.915	125	125	375	625	62	63	125	250	375	125	125	1.500	3,1
05 - Borgosesia	82.129	82	82	246	410	41	41	82	164	246	82	82	984	2,0
06 - Biella	185.846	186	186	558	930	93	93	186	372	558	186	186	2.232	4,5
07 - Novara	259.882	260	260	780	1.300	130	130	260	520	780	260	260	3.120	6,3
08 - Verbania	202.576	203	203	609	1.015	101	102	203	406	609	203	203	2.436	5,0
09 - Cuneo	140.276	140	140	420	700	70	70	140	280	420	140	140	1.680	3,4
10 - Saluzzo-Savigliano Fossano	136.953	137	137	411	685	68	69	137	274	411	137	137	1.644	3,3
11 - Alba-Bra	128.426	128	128	384	640	64	64	128	256	384	128	128	1.536	3,1
12 - Mondovì	97.087	97	97	291	485	48	49	97	194	291	97	97	1.164	2,4
13 - Asti	199.299	199	199	597	995	99	100	199	398	597	199	199	2.388	4,9
14 - Alessandria	396.092	396	396	1.188	1.980	198	198	396	792	1.188	396	396	4.752	9,7
15 - Casale Monf.	107.917	108	108	324	540	54	54	108	216	324	108	108	1.296	2,6
		(1)		(1)	(1)	(2)		(2)	(2)				(3)	
totale Piemonte	4.095.045	4.095	4.094	12.282	20.471	2.047	2.050	4.094	8.191	12.282	4.094	4.094	49.132	100,0

(1) Il totale Piemonte è arrotondato (+1) per ottenere l'esattezza del rapporto con la popolazione complessiva della regione.

(2) Il totale Piemonte è arrotondato (+3) per ottenere l'esattezza del rapporto con la popolazione complessiva della regione.

(3) Il totale Piemonte è arrotondato (+4) per ottenere l'esattezza del rapporto con la popolazione complessiva della regione.



Tabella 3

Attrezzature ospedaliere da approntare per colmare il fabbisogno al 1963  
(n° posti letto)

aree ecologiche	acuti provinciali	acuti circo- scriz.	lungo degenti	psichia- trici	sanato- riali	convale- scenti	totale	%
01 - Torino	350	4.650	4.800	3.300	1.000	1.850	15.950	61,5
02 - Ivrea		100	170			110	380	1,5
03 - Pinerolo		200	175			125	500	1,9
04 - Vercelli			30	250		125	405	1,6
05 - Borgosesia						85	85	0,3
06 - Biella			90			190	280	1,1
07 - Novara				1.100		260	1.360	5,2
08 - Verbania		75	205			205	485	1,9
09 - Cuneo		60	400	650		140	1.250	4,8
10 - Saluzzo-Sav. Fossano		280	140			140	560	2,2
11 - Alba-Bra		300	130			130	560	2,2
12 - Mondovì		270	100			100	470	1,8
13 - Asti	140	550	300	600		200	1.790	6,9
14 - Alessandria			300	1.050		400	1.750	6,7
15 - Casale M.						110	110	0,4
totale Piemonte	490	6.485	6.840	6.950	1.000	4.170	25.935	100,0



5. Osservazioni conclusive sulle proposte per il piano per le costruzioni ospedaliere

Le considerazioni che si possono svolgere, alla conclusione dell'esame svolto nei capitoli precedenti, muovono da una constatazione di ordine generale, che il Comitato ha già fatto in occasione della formulazione di altri pareri (legge 614, piano regolatore per gli acquedotti): infatti anche il piano degli ospedali è un piano settoriale, elaborato in assenza di una programmazione globale e che pertanto risente di notevoli insufficienze circa la sua impostazione in rapporto alle prospettive di sviluppo ed allo schema di organizzazione territoriale della regione.

Una seconda considerazione, di ordine generale, riguarda i criteri posti a base delle relazioni presentate dalle diverse province: come si è notato le relazioni non si presentano come documenti omogenei, e pertanto risulta difficile mettere assieme le diverse proposte per giungere ad una sintesi del problema considerato, che costituisca una consistente base per un piano regionale per le costruzioni ospedaliere.

Circa le osservazioni che si riferiscono alla relazione presentata dal Provveditorato Regionale alle Opere Pubbliche (e pertanto senza considerare singolarmente gli interventi prospettati a livello regionale), si possono esprimere i seguenti rilievi critici:

- a) Manca una valutazione, anche di larga massima, in ordine alla popolazione residente in Piemonte al 1979; la relazione considera che la regione rimanga, in complesso, al livello raggiunto nel 1965. Il piano pertanto sottostima i fabbisogni di attrezza



ture ospedaliere, specie per le aree (tra le quali, in particolare, l'area metropolitana) in cui è prevedibile -ed è attualmente in atto- una consistente espansione demografica.

- b) Le relazioni provinciali, (e quindi la proposta regionale) pure rilevando in qualche punto la insufficienza di certe attrezzature ospedaliere, non presentano una sistematica valutazione della loro obsolescenza ed inadeguatezza; il piano considera solo in parte gli interventi da effettuarsi in sostituzione di attrezzature ospedaliere attualmente disponibili.
- c) I comprensori considerati dal piano ospedaliero, non corrispondono alle aree di gravitazione che si possono considerare in un contesto più generale, e che il progetto di piano regionale individua per il Piemonte nelle loro grandi linee. Le soluzioni proposte si fondano, soprattutto su alcuni elementi preesistenti, sicchè può risultare un quadro frammentario e non corrispondente allo schema di assetto territoriale che è opportuno dare alla regione.
- d) Il piano non considera con la necessaria attenzione il problema della dimensione da attribuire alle diverse attrezzature ospedaliere; non risulta pertanto chiara l'articolazione territoriale e funzionale degli interventi proposti (rete ospedaliera, standards, coefficienti di morbosità, ecc.).

Si deve peraltro osservare che la relazione esaminata contiene alcune considerazioni positive in ordine agli interventi che il piano dovrà considerare con particolare attenzione. Esaminando la situazione attuale la relazione rileva la grave insufficienza di posti letto per lungodegenti e convalescenti, che si riflette anche sulle





attrezzature per acuti, le quali sono invece in complesso relativamente sufficienti a livello provinciale e regionale.

Circa gli ospedali per acuti si evidenzia l'opportunità di rafforzare o costituire, le attrezzature circoscrizionali, che per questo tipo di ospedali sono quelle che richiedono interventi particolarmente consistenti.

Si può inoltre concordare con la valutazione fatta in rapporto alle attrezzature sanatoriali; si deve peraltro rilevare che le valutazioni sui posti letto per gli ospedali psichiatrici non sono soddisfacenti, mentre non è sufficientemente presente il problema (per quanto sia ricordato nelle note ministeriali) dei servizi di igiene mentale (centri di igiene mentale, dispensari ed ambulatori).

Le osservazioni svolte indicano la necessità di procedere ad una profonda revisione del piano che, utilizzando numerose informazioni contenute nelle relazioni provinciali, si collochi peraltro in una corretta prospettiva di sviluppo demografico della regione, in un sistema di organizzazione territoriale coerente con gli obiettivi del piano regionale, con una più attenta considerazione dell'articolazione funzionale della rete delle attrezzature ospedaliere.





35